

心の理論の障害は、ASには典型的なものとして認められないとしても、彼らの周りの人々の興味や信念、意図、感情などを適切に評価する能力は障害されている。1944年のAspergerの臨床的記述を、Van Krevelen(1971)が追試した。彼は、この現象を周りの人々の社会的行動を直観的に理解することの欠如として理解しようとした。ASは、状況に応じた社会的交流を、情緒的、直感的、自己流のやり方ではなく、言語的、論理的手段を用い、規則化されたやり方で調整しようとする。そのために、ASが論理的、規則的やり方で予測的課題に成功することは不思議ではない。今後の「心の理論」の研究では、論理的、言語的に解決し難い実験設定を工夫することが必要であろう。例えば、言語刺激よりも視覚的刺激の処理を含む設定、または、抽象的・論理的状況ではなく、より自然的・社会的文脈を含む設定が必要である。さらに、処理時間、例えば、反応の潜伏時間は重要なパラメーターとなるであろう。AS児は、彼らの形式的、社会的知識を状況に合わせて素早く利用することができない。彼らはしばしば相互作用のテンポに合わせるができずに、素早く、他者の要求に応じることに失敗するのである。

## 5. Asperger症候群の臨床診断の問題

ASには、基本的には知的障害を伴わない自閉症が含まれる（HFAと、DSM-IVのPDD-NOS、あるいはICD-10のAtypical Autism）。社会的・情緒的機能の障害のある分裂病質人格障害を含ませる臨床家がいるかもしれないが、そうした診断は、ASの病態の理解において発達の因子を考慮していないものである。発達の初期において、発症がより遅く、症状がより明確であることは、ASがHFAから区別できる一つの根拠ではある。さらに、ASは社会的コミュニケーションの障害がより軽度で、奇妙な常同的運動はみられず、限局的な関心がより目立つことなどの特徴がある。運動的「不器用さ」は、ASにより多く見られ、同じような問題がASの家族にもしばしばみられる。

ASとPDD-NOSとの鑑別はしばしば困難である。PDD-NOS基本的に後者は、診断基準に当てはまらない副産物的なカテゴリーである。PDD-NOSは、自閉症に類似した発達のパターンを示すが、自閉症の診断基準には合致しない症例に対して用いられる。ICD-10の非定型的自閉症(Atypical autism)は、発症時期や症候によって操作的に診断されるが、基本的には除外診断的な定義（自閉症で「ない」となっている。このようなASとPDD-NOSの鑑別診断についての研究は少ないが、Cohenら(1986)およびDahlら(1986)は、以下のように要約している。

- ①もしASが厳密に定義されれば、社会的障害、情緒的障害、コミュニケーション障害はASでより重度であり、PDD-NOSから区別される。
- ②限局的な関心と運動の不器用さは、ASではより顕著である。
- ③IQの幅は、PDD-NOSではより多様である。

これまでの多くの研究の結果を概観して、ASとHFAの臨床的特徴を列記すると、以下のようにまとめられる；

### 1)Asperger症候群の臨床的特徴

- ①2～3歳頃までの発達はおおむね正常であるが、軽度の運動発達の遅延を

伴うことがある。

- ②年長児期、成人期に達しても運動の不器用さを呈することが多い。
- ③表出性・受容性言語、認知能力の発達において明らかな全般的な遅れはない。
- ④社会性の障害、同一性へのこだわりは、自閉症と同等である。
- ⑤神経心理学的には、非言語性学習能力障害が特徴的である。

## 2)高機能自閉症の臨床的特徴

- ①全般的な知的発達には著しい遅れはない。
- ②知的機能を分析すると、部分的認知機能の明らかな欠損を示す症例は多い。
- ③社会性の障害、同一性へのこだわりは。低機能自閉症と差異がない。

## 3)Asperger症候群と高機能自閉症の鑑別点(Klin & Volkmar, 1997)

Asperger症候群では；

- ①発症は遅く、予後はよい。
- ②社会性の障害とコミュニケーションの障害は、重篤ではない。
- ③運動性の常同症は、通常は認められない。
- ④興味の限局は著明である。
- ⑤運動面では、より不器用である。
- ⑥家族歴で、類似した問題行動を有する人々がしばしばみられる。

## 6. おわりに

Asperger症候群の有病率は、10,000人に0.3から7人とされている。研究者によってかなりの幅がある。定義と診断基準をどうするかによって、結果が大きく異なるのであろう。最近の診断基準に厳密に従えば、Aspergerのオリジナルな症例はASではないと診断されてしまう。まことに奇妙な結果である。

ASの人々は、対人的なかかわりについての強い要求はあるが、彼らの特有な障害が社会的関係の形成を阻害することになる。テストで得られる平均的知的機能は十分に高いために、彼らの特徴的な障害による社会的適応の重篤な困難さが過少に評価されがちである。

DSM-IVやICD-10にASが含まれたことは、これまで無視されてきた多くの人々に対して、関心をより増すことになったという効果があった。Klin & Volkmar(1995)のASの人を持つ99家族に対する予備的調査によると、88%の家族は、教育関係者がこの障害のことをまったく知らないために適切な対応が得られていないといっている。さらに、70%の家族は、メンタルヘルスにかかわる専門家から適切な助言が得られていないと訴えている。

われわれの研究も未だ途上にあるが、この障害に対する関心の深まりと、診断基準のコンセンサスの進展によって、診断的妥当性がさらに高められ、社会的適応に大きな困難を有するASの人々をよりよく理解し、地域社会が十分な援助システムを構築するための努力を続けて行かなくてはならない。

文献：

- Asperger,H.(1944): Die autistische Psychopathen im Kindesaltel. Archiv Psychiat Nervenkrankheiten, 117; 76~136.
- Bowler,D.M.(1992): "Theory of Mind" in Asperger's Syndrome. J Child Psychol Psychiatry, 33; 877~893.
- Cohen,D.J., Paul,R. & Volkmar,F.R.(1986): Issues in the classification of pervasive developmental disorders: Toward DSM-IV. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 25; 213~220.
- Dahl,K., Cohen,D.J. & Provence,S.(1986): Clinical and multivariate approaches to the pervasive developmental disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 25; 170~180.
- Klin,A., Volkmar,F.R., Sparrow,S.S. et al.(1995): Validity and neuropsychological characterization of Asperger Syndrome. J Child Psychol Psychiatry, 36; 1127~1140.
- Klin,A. & Volkmar,F.R.(1997): Asperger's Syndrome. In:D.J.Cohen & F.R.Volkmar (Eds.) Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. John Wiley & Sons, Inc., pp.94~122.
- Ozonoff,S., Pennington,B.F. & Rogers,S.J.(1991): Executive function deficits in high-functioning autism. J Child Psychol Psychiatry, 32; 1081~1105.
- Ozonoff,S., Rogers,S.J. & Pennington,B.F.(1991): Asperger's Syndrome: Evidence of an empirical distinction from high-functioning autism. J Child Psychol Psychiatry, 32; 1107~1122.
- Rutter,M.(1989): Annotation: Child psychiatric disorders in ICD-10. J Child Psychol Psychiatry, 30; 499~513.
- Rutter,M. & Gould,M.(1985): Classification. In: M.Rutter & L.Hersov(Eds.), Child and Adolescent Psychiatry: Modern approaches (2nd ed.), pp.304~321, Oxford, Blackwell.
- Rutter,M. & Schopler,E.(1992): Classification of pervasive developmental disorders: Some concepts and practical considerations. J Autism Dev Disord, 22; 459~482.
- Szatmari,P., Tuff,L., Finlayson,M.A.J. et al.(1990): Asperger's Syndrome and autism : Neurocognitive aspects. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 29; 130-136.
- Van Krevelen,D.A.(1971): Early infantile autism and autistic psychopathy. J Autism Child Schizophr, 1; 82~86.
- Volkmar,F.R. & Cohen,D.J.(1991): Nonautistic pervasive developmental disorders. In: R.Mihcels(Ed.), Psychiatry (Vol.2), pp.1~6, Philadelphia.
- Wing,L.(1981): Asperger's syndrome: a crinical account. Psychological Medicine, 11; 115~129.

Wing,L.(1991): The relationship between Asperger's Syndrome and Kanner's autism.  
In: U.Frith(Ed.), Autism and Asperger's Syndrome, pp.93~121, Cambridge University Press.

山崎晃資(1986): 自閉症とその周辺—小児の精神障害—、新小児医学大系 小林 登ほか(編) 第14巻A小児精神医学 I, 小児の精神障害、pp.241~283, 中山書店.

山崎晃資(1991): 小児自閉症の概念と症候. 神経精神薬理 15;713~726.

表1 Asperger症候群の診断基準の比較

Clinical Feature	Asperger (1944, 1979)	Wing (1981)	Gillberg & Gillberg (1989)	Tantam (1988a)	Szatmari, Bremmer, & Nagy (1989)	DSM-IV (APA, 1994)
<b>Social impairment</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>
Poor nonverbal communication	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	Yes
Poor empathy	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	Yes (Implied)	<b>Yes</b>	Yes
Failure to develop friendship	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	Yes
<b>Language/Communication</b>						
Poor prosody and pragmatics	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	Not stated
Idiosyncratic language	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	Not stated	Not stated	<b>Yes</b>	Not stated
Impoverished imaginative play	Yes	<b>Yes</b>	Not stated	Not stated	Not stated	Not stated
<b>All-Absorbing interest</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	Not stated	Often
<b>Motor clumsiness</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>	Not stated	Often
<b>Onset (0-3 years)</b>						
Speech delays/deviance	<b>No</b>	May be present	May be present	Not stated	Not stated	<b>No</b>
Cognitive delays	<b>No</b>	May be present	Not stated	Not stated	Not stated	<b>No</b>
Motor delays	Yes	Sometimes	Not stated	Not stated	Not stated	May be present
<b>Exclusion of autism</b>	<b>Yes (1979)</b>	<b>No</b>	<b>No</b>	<b>No</b>	<b>Yes</b>	<b>Yes</b>
<b>Mental retardation</b>	<b>No</b>	May be present	Not stated	Not stated	Not stated	Not stated

\* Symptoms that are defined, by the respective sources, as necessary for the presence of the condition, have Yes printed in bold type

# 神経心理学機能から見たアスペルガー症候群、高機能自閉症

白瀧貞昭 神戸大学医学部助教授（精神神経科）

## 1. 要約

自閉症児・者の中で全般的知的発達に障害がないいわゆる高機能自閉症児・者と称せられる者が約2割程度を占めるが、彼らについて深く理解することが自閉症の本態を解明するために必須の物であるとの認識が高まってきている。そのために、従来、自閉症の軽症型であるとされているアスペルガー症候群との間の異同についても明らかにすることが有用であるとの認識を持ち、両者の知能（特にその構造）、認知機能、運動機能、遂行機能、中枢統合機能などの神経心理学的機能を将来、検討するための足掛かりを得た。

## 2. 研究目的

全般的知的発達に障害がない高機能自閉症（HFAと略す）と類縁の状態と考えられるアスペルガー症候群（ASと略す）との間の異同に関する議論に対してある程度の解答を得ようとするのが本研究の目的である。そのためには両状態の発達神経心理学的観点に焦点を当ててそれぞれの特徴について詳細に検討することが有効であるとの仮説を設定した。来年度からの研究で多数例での発達神経心理学的検討の足掛かりを得ようとするのが本年度の研究の目的である。

## 3. 研究方法

HFAとASに関する先行研究報告を詳細に検討し、特にそれぞれの発達神経心理学的特徴を抽出した。

また、HFA、AS児・者の臨床事例についてWISC-Rなどの分析を行い両者について比較検討した。

## 4. 研究結果

ASに関して先行研究報告から概ね共通の特性として次のようなものが挙げられることが判明した。

- ①2～3歳頃までの発達は概ね正常である、多少の運動発達の遅延を伴うことはある。
- ②年長、成人に達しても運動の不器用さを呈することが多い。
- ③表出性・受容性言語、認知能力の発達において明らかな全般的遅延はない。
- ④社会性障害、同一性へのこだわりは自閉症と同様のものが存在する。
- ⑤神経心理学的には Rourke (1989) のいう「非言語的学習能力障害が特徴的にASにあり、これがASとHFAとを分ける特徴であるとの指摘がある。

HFAに関しては次の事項がほぼ共通に先行研究報告から指摘されている。

- ①全般的知的発達には大きな遜色はない。
- ②しかし、知的機能を分析的に検討してみると部分的認知機能の明らかな欠損を示す場合がむしろ普遍的である。
- ③社会性障害、同一性へのこだわりなどの面では他の自閉症と変わるところはないが、数としては自閉症全体の2割程度を占める。

## 5. 考察

現在までにASとHFAを発達神経心理学的観点で両者の異同を検討した研究成果はまだ多くはない。

WISC-Rなどの知能検査、その他の神経心理学的検査を多数例で施行し、分析する研究が有用であると思われるが、AS、HFA児・者の社会的不適応行動の評価とその治療法の開発を進めるためにはそれ以外にも以下のような課題が解決される必要があると思われる。

- ①ASとHFAとの差異はただ程度の差なのか、質的差なのかを明らかにすること。
- ②現在までの、全般的知的発達の障害（従って、総体的IQで表現する）を障害のモデルとする立場から、部分的・限局的認知、知的機能の障害を評価していく立場へと変換していく必要がある。
- ③社会的不適応行動の重度さに関してグレーディングをどのように行うか明らかにしておく必要がある。

圖 1 T.M. male, 12:5 yrs, Asperger synd.  
 TIQ: 116 VIQ: 113 PIQ: 116 (WISC-R)

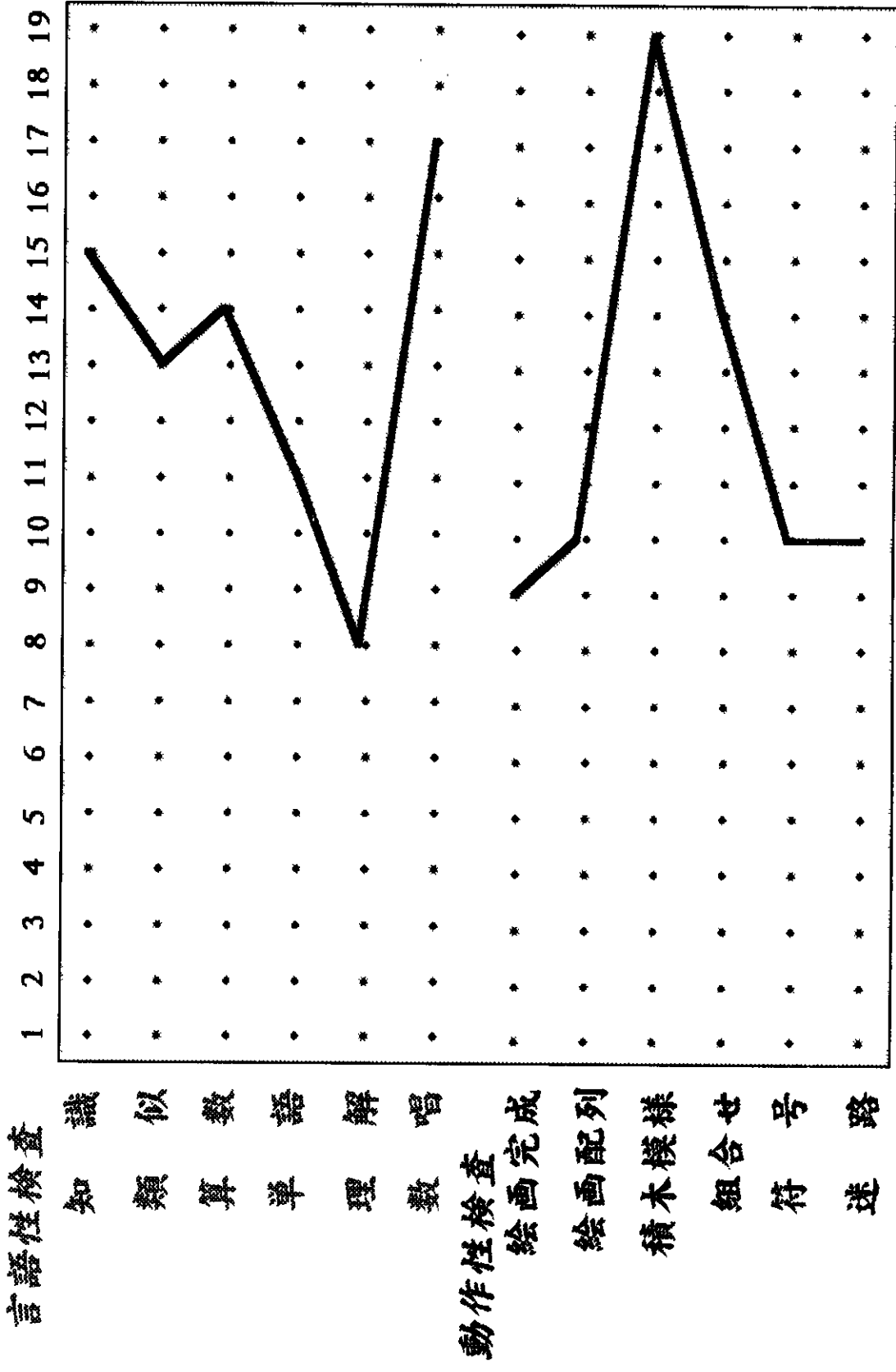
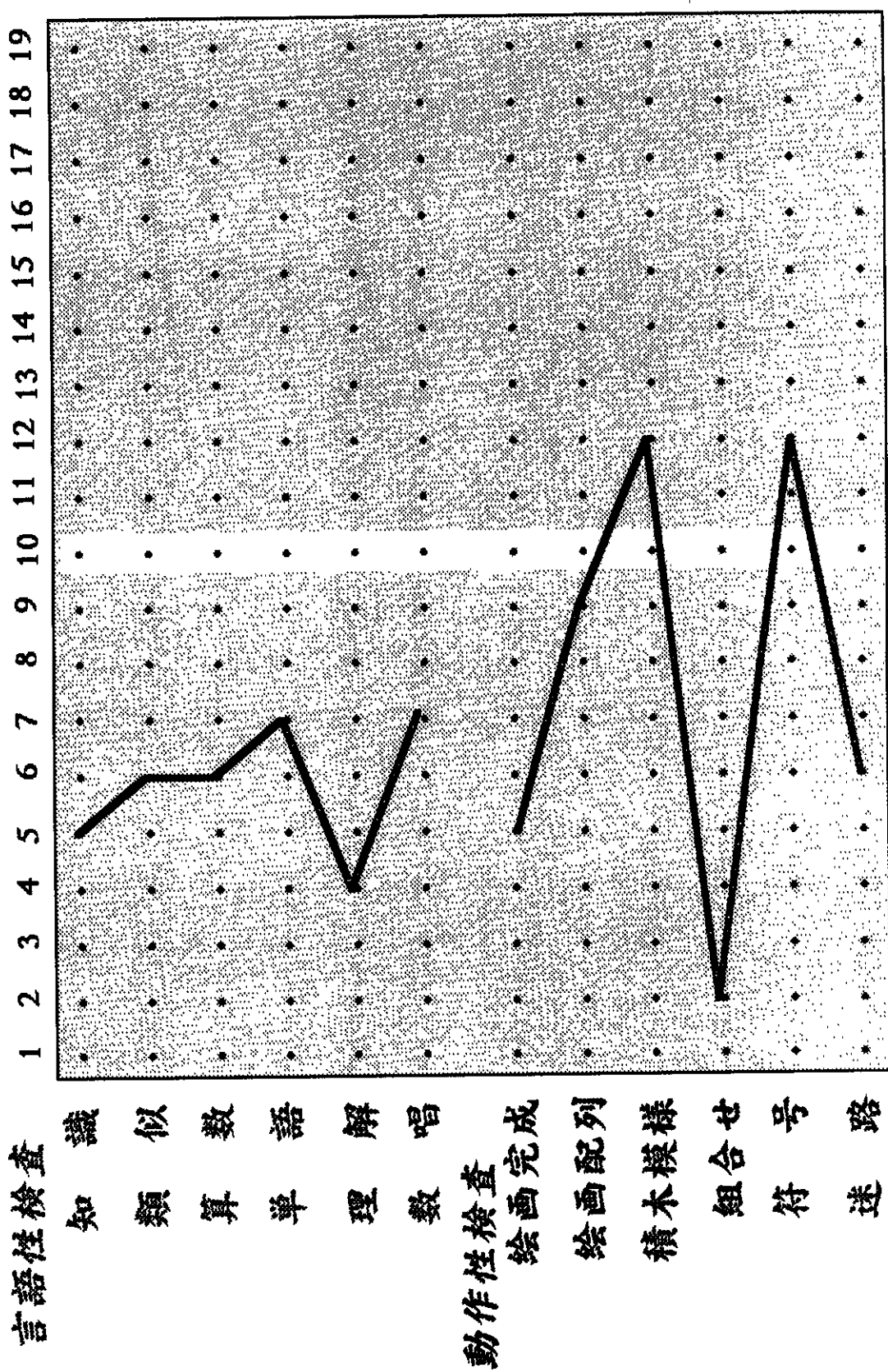


图 2 S. S. male, 12:5 yrs, HFA

TIQ: 77 VIQ: 73 PIQ: 86





# 高機能自閉症の早期発見と就学に至るまでの指導のあり方

## － その1 幼児期における早期発見の可能性 －

研究協力者 清水康夫<sup>1</sup> 本田秀夫<sup>2</sup> 日戸由刈<sup>3</sup>

横浜市総合リハビリテーションセンター

<sup>1</sup>医療部長<sup>2</sup> 副医長<sup>3</sup> 臨床心理士

### 1. 研究要旨

本研究は高機能自閉症の早期対応をテーマとする。早期対応とは、社会的不適応行動の出現を最小限にとどめたり、あるいは未然に防ぐことをめざすものであり、幼児期における早期発見から就学に至るまで一貫した指導のすべてを包含した臨床システムのなかで実現し得る。今年度は早期発見を取り上げた。我が国における自閉症の早期発見は、発見技術の向上や早期療育体制の整備により飛躍的に進歩している。しかし、この進歩は高機能自閉症にまで数延できるとはかぎらない。「高機能自閉症の早期発見」を考えるには、どこまでの診断カテゴリーを含ませるのが妥当かの検討が必要であるが、少なくとも知的障害のない小児自閉症 (ICD-10)やアスペルガー症候群 (Wing,L.)はその対象になると言えるであろう。我々は横浜市北部地域の保健所で行われる1歳半健診が、高機能 (IQ70<) の小児自閉症 (ICD-10) に対してどれほどのスクリーニング感度を有するかについて調査した。スクリーニング感度は64%であり、1歳半の時点として実用上十分な値が示された。早期発見の向上は、早期療育を効果的に実践するための必要条件である。

### 2. はじめに

1990年代に入り、国際的な診断システムにおいて広汎性発達障害の新しい細分類が試みられた(WHO, APA)。そのなかでアスペルガー症候群 (障害) を含めた、知的水準が高い、いわゆる高機能自閉症(High-Functioning Autism)が注目されるようになってきている。従来、自閉症全体の中で高機能例は4分の1 (Barta k & Rutter,1976) あるいはそれ以下 (DeMyer et al,1974) であると思われていた。しかし最近の疫学調査 (Honda et al,1996) や臨床経験の蓄積 (Wing,1996; Schopler & Mesibov,1998) により、実際はその割合がもっと高いのではないかと考えられるようになった。

本研究は、高機能自閉症の早期発見と就学に至るまでの指導、すなわち早期対応をテーマとする。高機能自閉症への早期対応とは、社会的不適応行動を軽微な段階のうちに見出してそれに対処することである。しかし本研究の主眼は、個々のケースへの対応策にとどまらず、幼児期における早期発見から就学に至るまで

一貫した指導のすべてを包含した早期対応の臨床システムのあり方を明らかにすることにある。

遺憾ながら、医師が一専門医も含め一高機能自閉症を学習障害、不安障害、選択性緘黙、強迫性障害、分裂病などと誤診することが決して稀でない (Tsai, 1992; Cox & Mesibov, 1995; Szatmari, 1998)。このような誤診の結果、子どもの問題に関する誤った解釈や不適切な治療がなされ、問題がかえって複雑化することすら現実にある。このような問題を解決するには、まずこの障害をいかに早い時期に発見し、診断できるようになることである。

本研究のテーマは3つに分割でき、まずは高機能自閉症の早期発見に関する課題、次は鑑別診断をも含めた早期診断の課題となる。これらの課題には、スクリーニングと診断の技術に関する問題、および機関と専門家の体制化（システム化）に関する事項が含まれる。

3つめの課題は、高機能自閉症に対する幼児期の早期療育技法の開発である。高機能自閉症では、高い知的水準に比して著しい社会的相互交渉およびコミュニケーションの異常が特有である。高機能自閉症の認知、情緒、コミュニケーションおよび社会性の詳細な評価方法について検討し、社会的不適応行動を予防するための福祉対策のあり方を探る。

今年度は、高機能自閉症の早期発見に関する問題について論じる。

### 3. 自閉症の早期発見の困難性とその克服

かつて自閉症の早期発見は困難と考えられてきた。欧米でも、親が早期に子どもの異常に気づいたとしても専門家によって自閉症と正しく診断されるのは4～5歳かそれ以降であることが一般的であった (Ornitz et al, 1977; Howlin, 1998)。我が国でも同じ実情であったが1977年より1歳6ヵ月児健康診査（以下、「1歳半健診」と略）が全国規模で実施され、これを自閉症の早期発見の場として活用することが理論的には可能となった。しかし、1歳半という年齢で自閉症を早期発見するには技術的な困難が伴った。たとえば星野ら(1980)の行なった108例の自閉症に対する後方視的調査では、1歳半健診で発達の異常を指摘されていたのはわずか15%にすぎなかった。

近年、発見技術の向上、早期療育体制の整備などにより、自閉症の早期発見をめぐる諸問題は大幅に改善されつつある。欧米ではBaron-Cohenら(1996)がスクリーニング・ツールであるCHAT (Checklist for Autism in Toddler) を開発し、1歳半の子どもたち16,000人を対象に自閉症の集団スクリーニングを試行した。「ふり遊び」「原叙述的指さし」「視線モニタリング」の3項目すべてに不通過であった12例のうち10例がのちに自閉症と診断された。ただしこの研究ではスクリーニング偽陰性例が把握されていないため、スクリーニング感度を求めることはできない。

一方、我が国では1979年に通知された総合通園センター構想に基づいて早期療育体制の整備がすすみ、乳幼児健康診査を集団スクリーニングの場として療育センターがこれにリンクし、スクリーニングをうけた子どもが専門医の早期診断

をうけることができるようになった。この「早期発見の図式」が各地域ごとに計画的に実施されている都市のひとつが横浜市（人口約340万人）である。吉田ら（1996）は、横浜市北部地域（2つの行政区、人口約78万人）の3つの保健所で実施されている1歳半健診が小児自閉症（ICD-10）の早期発見に対して74%というきわめて高いスクリーニング感度を発揮していることを報告した。このような調査は、健診の偽陰性例や未受診例をも把握し確実に早期療育に導入されるような関連機関どうしの緊密なネットワークに基づく早期発見・早期療育システムにおいてはじめて可能になったといえる。小児自閉症に対する74%というスクリーニング感度は、おそらく1歳半健診が発揮し得る最大値に近いのではないであろうか。

#### 4. 高機能自閉症の操作的定義とその有病率

一般に「高機能自閉症」ということばが使われる場合には次の3つがある：①小児自閉症(ICD-10)で知的障害のないもの（High-Functioning Childhood Autism：「HFCA」と略）、②HFCAにアスペルガー症候群（Asperger Syndrome：「AS」と略；Wing,1981）を加えたもの、③さらに、HFCAまたはASの症状を部分的にもつものまでを含めたもの。

高機能自閉症の概念は①②③の順に広くなり、かつその有病率も高くなることが予測される。実際、先行研究では①②③について次のことが示されている。①については、IQ70以上のHFCAの有病率が約0.1%と報告されている(Honda et al,1996)。②については、Ehlers & Gillberg(1993)がアスペルガー症候群の有病率を少なく見積もっても0.3%以上と報告している。ただし、ここでいうアスペルガー症候群とはGillberg & Gillberg(1989)の基準によるものであり、実質的にはHFCAとASを合わせた結果に近いと考えてよい。③は言い換えれば高機能広汎性発達障害であるが、これについては、Wing（1996）は約0.7%と推定している。ただし高機能自閉症をいかなる意味で用いるにしても、その有病率に関して、十分な知見が得られているとはいえない点に留意されたい。

さて、高機能自閉症の早期発見を考えるに当たり、どこまでを臨床の対象とすべきか、ましてや早期対応すべきかについては慎重でなければならない。③まで広げてすべて臨床の対象とする根拠は、現時点ではないように思われる。しかし、少なくとも①と②までは臨床の対象となると考えてよいであろう。

#### 5. 横浜市北部地域における高機能自閉症の早期スクリーニング

本研究では、高機能自閉症の早期発見に関する研究の第一歩として、1歳半健診がHFCAに対してどれほどのスクリーニング感度を有するのかについて検討した。既述のように、自閉症全体に対しては1歳半健診が早期発見に強い力を発揮し得ることはある。しかし対象を高機能自閉症だけに限って考えた場合に、同じことがいえるという保証はない。なぜならば、しばしば高機能自閉症は、すでに1～2歳代においても知的障害を伴う自閉症とは発達の様相を異にすることが考えられるからである。

本研究では、YRCが自閉症の早期療育を担当している横浜市北部地域において、保健所の1歳半健診がHFCAに対してどれほどのスクリーニング感度を有するかを調査した。この地域の1歳半健診では、子どもの行動観察に加え、言語、指さし、視線合致、他者への関心、模倣行動など対人・コミュニケーション領域の項目を含む問診を行い、さらに写真図版を用いた応答の指さしの確認などの簡単な検査が保健婦によって実施される。健診の後、保健所において一定期間フォローアップを受けてもなお発達障害が疑われた子どもは、YRCに紹介される。1歳半健診を受診しなかったり、受診しても偽陰性であった例も、医療機関、児童相談所、幼稚園、保育園などの関連機関からYRCに紹介されるシステムになっている。このような臨床システムによって、1歳半健診のスクリーニング感度を求めることが可能である。

調査では、1986年から1988年生まれで、YRCで把握されたIQ70以上（田中ビネー）のHFCA 14例の1歳半健診結果について検討した。1歳半健診で発達障害の疑いとして把握されたものが9例、通過したものが5例（偽陰性）であり、したがってスクリーニング感度は64%であった。

同じ条件下で我々が調べた自閉症全体に対する1歳半健診のスクリーニング感度は74%であった。これに比べると、高機能自閉症のスクリーニング感度は、自閉症全体の中でやや低いようである。高機能自閉症をスクリーニングできるためには、特異性の高い健診項目を採求することが今後の課題となる。

## 6. おわりに

高機能自閉症は学童期から思春期になってはじめて診断されることが多いという現実がある。しかし、技術的にもまた制度的にも、幼児期において発見し得る可能性は十分あるものと考えられる。

自閉症では、早期対応の機会を逸して長い経過を経たのちに症状が固定し、さらに二次障害が加わったような状態になって専門家と出会うことが珍しくない。これでは適切な時期に効果的な福祉的対応を実施できる保障はない。早期発見の技術とシステムの整備は、高機能自閉症の社会的不適応行動に対する福祉施策を実践するための不可欠な条件である。

## 7. 文 献

American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) (DSM-IV). Washington DC, 1994

Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G. et al.: Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. British Journal of Psychiatry, 168; 158-163, 1996

Bartak, L., & Rutter, M. : Differences between mentally retarded and normally i

- ntelligent autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6; 109-120, 1976
- Cox, R. D., & Mesibov, G. B. : Relationship between Autism and Learning Disabilities. In Schopler, E. & Mesibov, G. B. (Eds.), *Learning and Cognition in Autism*, pp.57-70, Plenum, New York, 1995
- DeMyer, M. K., Barton, S., Alpern, G. D., Kimberlin, C., Allen, J., Yang, E., & Steele, R. : The measured intelligence of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 4; 42-60, 1974
- Ehlers, S. and Gillberg, C. : The epidemiology of Asperger syndrome: a total population study. *Journal of Child Psychiatry*, 34; 1327-1350, 1993
- Gillberg, C. and Gillberg, I. C.: Asperger syndrome-some epidemiological considerations: a research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30: 631-638, 19--89
- Honda, H., Shimizu, Y., Misumi, K. et al. : Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *British Journal of Psychiatry*, 169; 228-235, 1996
- 星野仁彦, 八島祐子, 金子元久ら: 自閉症の早期徴候とその診断的意義. *児精医誌*, 21; 284-299,1980
- Howlin, P.: Practitioner review: psychological and educational treatments for autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39; 307-322, 1998
- 厚生省児童家庭局 : 心身障害児総合通園センターの設置について, 1979
- Ornitz, E. M., Guthrie, D. & Farley, A. H. : The early development of autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 7; 207-229, 1977
- Schopler, E. & Mesibov, G. B. : Introduction. In Schopler, E., Mesibov, G. B., & Kuncze, L. (Eds.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* pp.3-9, Plenum, New York, 1998
- Szatmari, P. : Differential Diagnosis of Asperger Disorder. In Schopler, E., Mesibov, G. B., & Kuncze, L. (Eds.), *Asperger Syndrome or High-Functioning Autism?* pp.61-76, Plenum, New York, 1998
- Tsai, L. Y. : Diagnostic Issues in High-Functioning Autism. In Schopler, E. & Mesibov, G. B. (Eds.), *High-Functioning Individuals with Autism*, pp.11-40,

Plenum, New York, 1992

Wing, L. : Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychological Medicine*, 11; 115-129, 1981

Wing, L. : Autistic spectrum disorders: no evidence for or against an increase in prevalence. *British Medical Journal*, 312; 327-328, 1996

World Health Organization: *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, 1992

吉田友子, 清水康夫, 本田秀夫ら: 1歳6ヵ月で小児自閉症はどこまで検出できるか?—乳幼児健康診査におけるスクリーニング感度—. *安田生命社会事業団研究助成論文*, 32: 63-70, 1996

# 学童期青年期における高機能広汎性発達障害における適応行動の調査（その1）

## 3年間にわたるいじめの実態調査

杉山登志郎 多田早織 西沢めぐ美（静岡大学教育学部）  
辻井正次（聖徳学園大学）

### 1. 研究要旨

われわれは6年間にわたり高機能広汎性発達障害の自助グループ、アスペの会を開催し、この会に集った約百名の高機能広汎性発達障害の児童、青年の調査と援助とを行ってきた。集団行動困難は学校での最も一般的な問題であるが、同時に彼らは激しいいじめを受けやすい。いじめは後年に、被害念慮の核になる為、われわれはいじめの実態調査と、治療的介入を行った。高機能広汎性発達障害の実に79%にいじめの既往が認められ、通常学級で過ごすそれ以外の発達障害の58%よりも有意に多かった。しかし3年間で計25例に学校への障害の説明と対応の助言を行ない、大多数においていじめの軽減に成功した。この為もあって、調査時点でいじめを受けているものは39%（96年）、25%（97年）、22%（98年）と着実に減少した。

### 2. はじめに

学校教育におけるいじめは、公教育の抱える深刻な問題として繰り返し取り上げられてきた（石坂、1987）。1994年、西尾市の中学生自殺事件をきっかけに、学校におけるいじめの防止、いじめの克服の訴えが、国民の声として全国レベルで展開されたことは記憶に新しい。いじめ自体はわが国特有の現象ではないが、いじめに関する検討の中でしばしば指摘されてきたのは、わが国いじめ現象の背景に、異質なものの排除という力動が見られることである。若林(1985)は、社会性の問題を抱える子やいじめに対する反応が奇異な子がいじめの標的になり易いことを指摘した。

自閉症を代表とする広汎性発達障害は、社会性の障害をその中核とする症候群であり、まさに若林の指摘したいじめの要因となる問題を生来的に持つ。通常学級に在籍する高機能広汎性発達障害が、激しいいじめの標的となり易いことはこれまでも多くの言及があり、特に言語の障害が軽微なAsperger症候群は、Asperger(1944)によるその最初の記述から、子どもたちの態度、話し方、異様な振る舞いが、他の子どもたちの嘲笑を引き起こし、いじめや仲間はずれにあらうことが多いことが述べられている。

われわれは1992年から高機能広汎性発達障害児の自助グループ「アスペの会」を作り、様々な調査と支援とを行ってきた(杉山ら、1999)。会を重ねるにつれ、このグループに集う児童・青年においてもいじめが非常に深刻な問題であるこ

とが浮かび上がり、いじめに関する実態調査を行う必要に迫られた。「アスペの会」の児童を中心に1996年から1998年の3年間にわたり、通常学級に在籍する高機能広汎性発達障害児へのいじめに関する調査を行った。またその中で介入を要請された症例に対して治療的な介入を試みた。

本研究では3年間の調査の結果をまとめ、高機能広汎性発達障害のいじめの実態を明らかにし、その対応策を具体的に論じる。

### 3. 対象と方法

対象の総数を表1に示した。いずれも「アスペの会」に参加した児童、および精神科児童外来にてfollow-upを受けている児童のうち、IQ70以上かつICD-10によって自閉症、Asperger症候群、その他の特定不能の広汎性発達障害と診断され、通常学級に通う児童である。3回とも回答を寄せた対象が66名と全体の約9割を占めていた。

学習障害児の自助グループ「エルデの会」に参加した児童および精神科児童外来にてfollow-upを受けている児童のうち、通常学級に通うその他の発達障害を対照群とした。診断的内訳を述べれば、96年が、学習障害19名、精神遅滞7名、学習障害を伴わない注意欠陥多動障害4名、その他（Tollete障害など）6名、97年は、学習障害15名、精神遅滞4名、学習障害を伴わない注意欠陥多動障害2名、その他1名、98年は、学習障害11名、精神遅滞2名、注意欠陥多動性障害2名であった。2回目、3回目の調査を受けた全員が1回目の調査も受けていた。知的能力の平均は広汎性発達障害の方がやや高いが、年齢、IQとも対照群との間に有意差はなかった。

広汎性発達障害は、症例によっては青年期に被害念慮を発展させることが珍しくない。他者からの関わりを全て被害的にいじめと捉えやすい児童青年も存在するので（永井ら, 1996）、いじめの事実を巡る判定が時に困難となる。本研究では個々の症例について可能な限り厳密に事実関係を調査し、事実関係の判断を行ったが、被害念慮が認められる症例でも、いじめの事実は存在するものが大半であった。

表1 対象の総数

	診断	男児	女児	計	平均年齢	平均IQ
1996年	広汎性発達障害	55名	16名	71名	9.9±3.3歳	86.0±16.6
	その他の発達障害	33名	3名	36名	10.3±2.4歳	78.7±16.2
1997年	広汎性発達障害	50名	19名	69名	10.3±3.2歳	86.6±16.7
	その他の発達障害	18名	4名	22名	9.5±2.8歳	83.8±16.4
1998年	広汎性発達障害	49名	16名	65名	10.8±3.1歳	95.8±16.0
	その他の発達障害	15名	0名	15名	11.8±3.0歳	87.4±25.0

### 4. 結果

いじめの既往、現在のいじめについて表2に示した。広汎性発達障害で過去にいじめの経験をもつ者は56名(79%)であった。96年の調査時点でいじめを受けていた者は28名(39%)であった。対照群においては、過去のいじめの経験は

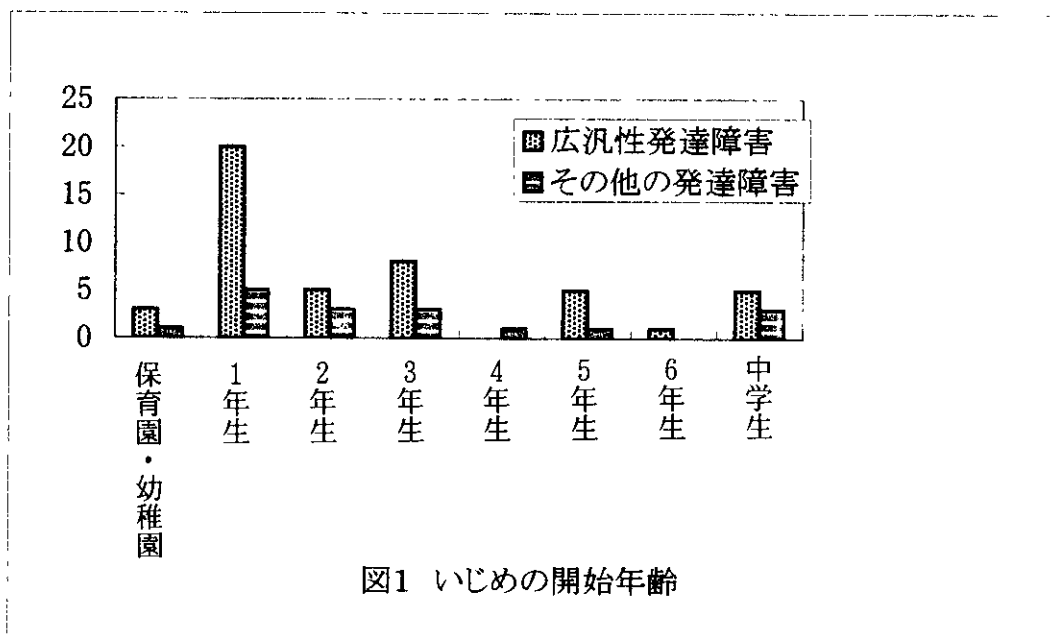


表2 いじめの既往、現在のいじめ

診断	いじめの既往	1996年あり	1997年あり	1998年あり
広汎性発達障害	56(79%)	28(39%)	17(25%)	14(22%)
その他の発達障害	21(58%)	1(3%)	3(14%)	1(7%)

21名(58%)、1回目調査時点のいじめは1名(3%)で高機能広汎性発達障害児にいじめが有意に多いことが示された。97年の調査では広汎性発達障害において現在いじめを受けているものは25%と減少が示され、98年には22%とさらに減少が示された。しかしその他の発達障害においては、いじめを受けている者の数は毎年数名程度で大きな変化が見られなかった。

高機能広汎性発達障害に見られるいじめの特徴をみると、Wing (1987) による対人関係の類型では、受動型におけるいじめの割合は68% (41人中28人)であったが、積極奇異型においては、93% (30人中28人)とほとんどの者がいじめの経験をもっていた。図1に示すように、いじめの開始年齢は、広汎性発達障害においては小学校1年生までに49% (その他の発達障害35%)、2年生までに60% (その他の発達障害53%)と、集団教育の開始と同時に、いじめも始まることが示された。これは集団教育のスタートから、彼らが問題行動をおこすことが多いためであると思われる。広汎性発達障害では、小学校に入学する以前の、幼稚園や保育園からいじめがあったと回答する者も少なくなかった。いじめの加害者は(図2)いずれの対象とも同級生が最も多かったが、広汎性発達障害の児童では、下級生、近所の子ども、また学校の先生という回答まで、様々な周囲の人間からまんべんなくいじめを受けやすいことが示された(多田ら, 1998)。いじめの内容には「犬の糞を鞆に入れられた」、「竹の棒で刺された」など、対照群と比較して、より深刻なものが少なくなかった。



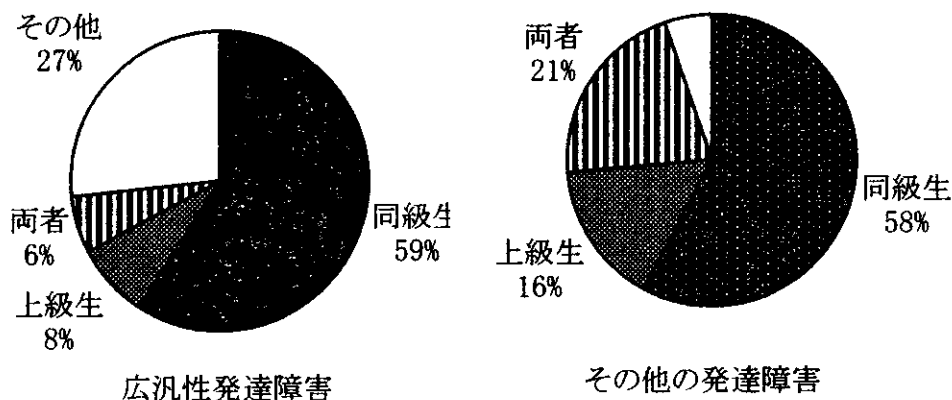


図2 いじめの相手

「最近いじめは軽くなったと思うか」という質問に対する回答を表3にまとめた。1回目の調査では、広汎性発達障害の41%が軽くなったと答えていた。その理由としては、担任や学校の対応の変化をあげている者が多かった。その他には主として小学校高学年以上の対象から、「本人が（周囲の）言っていることを理解できるようになった」、など本人の成長が要因として挙げたものがあった。2回目の調査では、広汎性発達障害の30%が軽くなったと答えており、16%がそう思わないと答えた。いじめが軽症化したと考える者の割合は減少したが、軽症化はしていないという回答も減少した。3回目の調査では、いじめが軽症化したと考える者は35%であり、そうは思わない者はわずかに6%であった。不明は大半が未回答の者であり、全体としてはいじめが軽症化していることを示唆する結果であると考えられる。

いじめの解決に必要なこととして、「教師や学校がいじめ対策にもっと力を入れてほしい」という意見が、3回の調査とも最も多かった。特に子どもの障害について、教師が正しい理解をしてほしいという意見が多く寄せられ、子どもが生来の社会性のハンディキャップを持っていることがなかなか理解されないことを、ほぼ全員の回答者が訴えていた。「最近のいじめ対策はどのような点が有効であったか」という質問に対して、教師が真剣になったという回答が最も多く、いじめ解決に向けて、やはり学校教師の存在が重要であることが改めて示された。

われわれはこの調査の中で、現在いじめを受けていると回答をした30症例のうち、いじめの状況から看過出来ないと考えた25例に対して治療的介入を行った。具体的には、担任教師と連絡を取り、本人の障害の説明といじめへの対応のコンサルテーションを行ったものが多かったが、学校側と対応について何度も話し合いを重ねる必要が生じた症例もあった。学校側も、いじめ問題もさることながら、広汎性発達障害児への対応自体に苦慮している場合が少なくなく、これらの介入は概ね歓迎され、2例を除く23例においては有効に働いた。いじ

表3 最近いじめは軽くなったと思われるか

診断	1996年			1997年			1998年		
	軽くなった	軽くならない	不明	軽くなった	軽くならない	不明	軽くなった	軽くならない	不明
広汎性発達障害	29(41%)	27(38%)	15(21%)	21(30%)	11(16%)	37(54%)	23(35%)	4(6%)	38(59%)
その他の発達障害	10(28%)	15(42%)	11(30%)	5(38%)	3(14%)	14(48%)	4(27%)	1(7%)	10(67%)

めはしばらく沈静化してもまた生じることが少なくないが、それでも3回の調査でいじめの実数が徐々に減ったのも、われわれの治療的な介入がある程度有効であったからではないかと考えられる。

## 5. 症例

いじめへの介入を継続して行った症例を、本人および両親の快諾を得て提示する。症例は匿名性を守るため、細部を大幅に変更している。

初診時10歳 女児 自閉症（残遺型）

家族歴に特記すべき問題なし。胎生期、悪阻が重かったがそれ以外の問題はなかった。周産期、38週2,98gにて出生、黄疸のため光線療法を受けた。発達のマイルストーンは正常で、始歩12ヶ月、始語12ヶ月であった。1歳6ヶ月児健診ではチェックを受けなかったが、2歳過ぎても言葉の伸びが不良で母親から平気で離れ、車に著しい興味を示し、コミュニケーションは一方通行であった。3歳にて児童相談所を受診し、この時点で自閉症と診断を受けた。3歳にて保育園に通うようになったが、会話が続き、集団行動も促されて加わる状態で、子どもから離れて孤立していた。1-2人の特定の友人以外との交流はなく、しばしばパニックになると独語やオウム返しを繰り返していた。小学校入学時にはIQ90を示し通常学級に入学した。入学後、集団で動けず、時にパニックになった。特に体育が苦手であった。入学当初から同級生、上級生からいじめを受け、あざを付けて帰ってきたり、持ち物を無くされたり壊されたりといったことがしばしばあったが本人が余り意に介していないところがあり大きな問題とならなかった。患児は孤立した生活をしており、集団場面でトラブルにならないときには本を1人で読んでいたことが多かった。また図書室の本や学校の道具など興味のある教材などを無断で家に持ち帰ってしまうこともあった。

小学校3年生になるといじめが深刻化した。登下校の時に叩かれたり蹴られたりを繰り返し、また教室のドアを閉められて入室をさせてもらえないなど、集団いじめに発展し、患児が学校でパニックをおこすことが増えた。この時点で、両親が担任にいじめの対応をとるようにお願いし、担任から注意をしてもらったが、しばらくするとまたいじめがひどくなること続いた。小学校4年生になると、授業への参加が著しく不良になり、授業中でも、本を読むか好きな枝を描いているようになった。また授業に気が向かないと、トイレに立って出てしまい、その後廊下をうろうろして教室に戻らないようになった。さらに午後になると寝てしまうという状態であった。テストの時には「出来ない」と大声を出し、それを注意されると筆箱を投げ捨ててパニックを起こすようにな

った。また、他の子が笑って談笑しているだけで、自分を笑われたと怒り出すようになった。自分の気に入りの子にはニコニコして投げキスをしたりするが、いじめを受けた男児を著しく嫌い、近づくだけで大声を出すようになった。また突然、以前のいじめを持ち出し怒り出すこともしばしば見られた。この時点で、小児科経由でわれわれの外来へ受診となった。

診察の結果、自閉症（残遺型）と診断された。ソフトサインは陽性であったが、それ以外の臨床検査は異常が無く、心理検査ではVIQ68、PIQ97、FIQ80であった。「アスペの会」へ紹介し、継続的な外来でのフォローアップを開始した。

小学校5年生になって当初はかんしゃくもなく経過していたが、5月になると再び集団いじめが始まり、患児はパニックを起こすことが増えた。些細な周囲の言葉に「自分が笑われた」とパニックになり、昔の事を突然に言い出して怒り出すことも毎日の様に続くようになった。また授業中のトイレへの離席を止められたことをきっかけに、遺尿が生じた。患児は遺尿の防止のため、トイレトペーパーをまたに挟み、さらに時には濡れたパンツをおろしてしまうということも生じるようになった。治療者はpimozide0.6mgとclomipramine10mgの処方を行い、担任にいじめへの対応をお願いした。その結果、パニックは回数が激減し集団行動も著しく向上した。2学期には初めて運動会にきちんと参加する事が出来、服薬も中止した。ところが小学校6年生になると、再び繰り返しいじめを受けるようになり遺尿が再発した。患児が学校でパニックになることも再び増えたので、服薬を再開したが、やがていじめグループの男児から水たまりに突き飛ばされて転倒し、全身を濡らし、手を擦りむくということがあり、治療者は校長に手紙を書き対応を依頼した。その後、いじめは散発的に続いたが、パニックや遺尿は無くなり小学校を卒業した。

中学校1年生で初潮があった。中学校1年生では、散発的ないじめはあったが、友人も数人は出来るようになった。中学2年生は散発的ないじめはあったが、部活も継続して参加し、友人か患児をかばってくれるようになり、それほど深刻化することはなかった。しかしこの様なトラブルの度に患児は、過去のいじめのタイムスリップを繰り返し、抑うつ的になることを繰り返す様になった。中学校3年生の2学期になって、患児は散発的な不登校を繰り返す様になった。抗うつ薬による薬物療法を行ったが、学校をときどき欠席する状態は続いた。患児は高校進学に当たって、いじめがない学校ということで、養護学校高等部を選択した。卒業時に中学校の3年間について問うと、患児は「小学校に比べれば良かったけど、とても辛かった。」と述べた。

## 6. 考察

### 1) 高機能広汎性発達障害のいじめ

今回の調査によって、高機能広汎性発達障害が非常に高率にいじめを受けやすい事が示されたが、対照として用いたその他の発達障害児においても約半数にはいじめが認められており、いじめは通常学級で過ごす発達障